



ФГБОУ ВО «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №5



Методическая разработка
для преподавателя на тему:

"Желчно-каменная болезнь"

Составлено на основании
унифицированной программы
последипломного обучения

Методическая разработка
обсуждена и утверждена
на заседании кафедры.

Составители разработки: доц. Ранюк Л.Г.

Владикавказ

Тема: «Желчнокаменная болезнь (синоним калькулёз, калькулёзный холецистит).

Место проведения занятия: учебная комната, гастроэнтерологическое отделение.

Цель занятия: расширить и углубить знания аспирантов об этиопатогенезе и клинике желчнокаменной болезни (ЖКБ), научить приёмам дифференциального диагноза, составления программы исследований, формулировки клинического диагноза и лечения больных.

Задачи занятия:

1. Научить аспирантов выявлять основные клинические признаки ЖКБ и выделять ведущий клинический синдром.
2. Научить проведению дифференциального диагноза по ведущему синдрому (*болевному, *желтухи).
3. Составить корректный план обследования больного.
4. Сформулировать и обосновать клинический диагноз.
5. Определить показания к консервативному и хирургическому лечению.
6. Составить программу этиопатогенетического лечения и профилактики ЖКБ.

**План и организационная структура семинара:
«Желчнокаменная болезнь».**

№ п/п	Этапы занятия	Время, мин	Место проведения	Оснащение
1.	Организационные мероприятия	5	Учебная комната	Журнал учета посещаемости
2.	Заслушивание фиксированных сообщений:			
	№1	15		Учебные таблицы
	№2	20		
	№3	20		
	№4	20	-//-	
	№5	20		
	№6	25		
	№7	10		
3.	Вопросы участников семинара и ответы	15	-//-	
4.	Обсуждение докладов	20	-//-	
5.	Заключение.	10	-//-	

Темы фиксированных сообщений:

1. Основные этиологические факторы, способствующие развитию ЖКБ.
2. Патогенез формирования камней при ЖКБ. Стадии развития ЖКБ.
3. Осложнения ЖКБ.
4. Диагностика ЖКБ (симптомы, диагностические исследования).
5. Осложнения ЖКБ.
6. Диф. диагноз при ЖКБ.
7. Консервативное лечение больных с ЖКБ. Снятие приступа желчной колики. Показания к хирургическому лечению.
8. Профилактика ЖКБ.

СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ.

Подготовительный этап.

Заблаговременно до начала занятия аспирантов информируют о содержании предстоящего семинара и проводят распределение тем фиксированных сообщений, предлагают перечень основной литературы по данной проблеме, ориентируют в отношении регламента и демонстрационного материала. Преподаватель накануне проверяет наличие докладов, демонстрационного материала.

В начале занятия после контроля посещаемости слушателей ассистент формулирует основные цели и знакомит их с порядком проведения занятия.

Основной этап.

Выступление аспирантов с фиксированными сообщениями. В конце каждого сообщения выступивший отвечает на задаваемые вопросы.

В дальнейшем проводится обсуждение заслушанных сообщений, обмен личным опытом, вносятся дополнения на основе знакомства с дополнительной литературой.

Заключительный этап.

Ассистент подводит итог, дает оценку представленным сообщениям и вкратце сообщает основные этапы и принципы клинико-лабораторной диагностики и лечения желчнокаменной болезни, обращая при этом внимание на её профилактику.

Перечень практических навыков, необходимых к усвоению по данной теме:

1. Пальпация печени и желчного пузыря.
2. Проведение дифференциального диагноза по ведущему синдрому.
3. Выбор набора лабораторно-инструментальных методов обследования больного для уточнения диагноза желчнокаменной болезни.
4. Купирование желчной колики.
5. Определение тактики лечения в межприступный период желчнокаменной болезни.

Приложение № 1

Вопросы для контроля усвоения изученного материала.

1. Назовите основные предрасполагающие факторы в развитии желчнокаменной болезни.
2. Объясните патогенез образования камней при желчнокаменной болезни.
3. Назовите основные симптомы желчнокаменной болезни в период обострения.
4. Какие данные могут быть получены при пальпации и перкуссии живота?.
5. Назовите симптомы, типичные для желчнокаменной болезни, которые могут быть получены при пальпации и перкуссии живота.
6. В какой последовательности производят обследование больных желчнокаменной болезнью?
7. Какие изменения могут быть обнаружены в биохимических анализах крови?
8. С какими группами заболеваний необходимо проводить дифференциальный диагноз?
9. Назовите главные направления в консервативном методе лечения желчнокаменной болезни.
10. Определите показания к оперативному лечению.

Ответы на вопросы исходного уровня знаний.

1. Генетическая предрасположенность, нерациональное питание, инфекция, избыточная масса тела, нарушение обмена веществ, стаз желчи.
2. Нарушение коллоидной устойчивости желчи, выкристаллизация холестерина с образованием микросферолитов, которые являются основой для образования камней.
3. Приступ желчной колики, повышение температуры, желтуха, диспепсические явления.
4. Общее состояние больного тяжелое, беспокоен, T – 38-39⁰C. различной выраженности желтуха. Живот резко болезнен в правом подреберье, можно прощупать желчный пузырь.
5. Симптомы Мюсси – Георгиевского, Ортнера, Кера, Боаса, Мерфи.
6. Общий анализ крови, определение осмотической стойкости эритроцитов, биохимическое исследование крови (определение билирубина и его фракций, холестерина, активности щелочной фосфатазы, диастазы), анализ мочи на уробилин, анализ кала на стеркобилин, дуоденальное зондирование, рентгенологическое и УЗИ исследование желчных путей.
7. повышение активности сывороточных аминотрансфераз, активности щелочной фосфатазы, билирубинемия – реакция прямая, повышение холестерина сыворотки крови.
8. Дифференциальный диагноз проводится по ведущему синдрому:

Боль в правом подреберье:

- Острый холецистит
- Острый панкреатит
- Острый аппендицит
- Прободение язвы желудка или язвы 12-перстной кишки
- Правосторонняя почечная колика

Желтуха:

- Надпеченочная (гемолитическая)
 - Печеночная (паренхиматозная)
 - Подпеченочная (механическая)
9. Спазмолитическая, антибактериальная, желчегонная терапия.
 10. Показания к оперативному лечению:
 - обтурационная желтуха,
 - эмпиема желчного пузыря,
 - ущемление камня в выходном отделе пузыря,
 - холедохолитиаз,
 - множество очень мелких конкрементов, которые могут вызвать обструкцию желчного протока с серьезными последствиями,
 - присоединение панкреатита,
 - частые болевые приступы.

Приложение № 2

Тестовый контроль для контроля усвоения изученного материала.

1. Основными этиологическими факторами желчнокаменной болезни являются
 - а) моторно-секреторные нарушения
 - б) нарушение процессов метаболизма в организме
 - в) количественные и качественные отклонения в режиме питания
 - г) наследственная предрасположенность
 - д) все перечисленные

2. Основными патогенетическими звеньями образования камней в желчевыводящей системе являются
 - а) нарушение метаболизма холестерина и билирубина
 - б) изменение рН желчи
 - в) холестаз
 - г) продукция печеночной клеткой литогенной желчи
 - д) все перечисленные

3. Желчные камни чаще всего состоят
 - а) из солей желчных кислот
 - б) из холестерина
 - в) из оксалатов
 - г) из мочевой кислоты
 - д) из цистина

4. При желчнокаменной болезни имеет место
 - а) снижение соотношения желчных кислот и холестерина
 - б) снижение уровня билирубина желчи
 - в) повышение уровня желчных кислот
 - г) повышение уровня лецитина
 - д) снижение уровня белков желчи

5. При подозрении на хронический калькулезный холецистит с целью уточнения диагноза необходимо провести
 - а) дуоденальное зондирование
 - б) внутривенную холеграфию
 - в) обзорную рентгенографию органов брюшной полости
 - г) ультразвуковое исследование
 - д) верно б) и г)

6. Приступ желчной колики сопровождается
 - а) острой болью
 - б) рвотой
 - в) лихорадкой
 - г) всем перечисленным
 - д) верно а) и б)

7. Локализация вентильного камня в пузырном протоке сопровождается
 - а) кратковременными болями
 - б) переполнением и растяжением желчного пузыря
 - в) повторяющейся кратковременной желтухой
 - г) верно а) и в)
 - д) всем перечисленным

8. Растворение камней в желчном пузыре вызывают все перечисленные препараты, кроме
 - а) холестирамина
 - б) хенофалька
 - в) урсофалька

9. При лечении желчнокаменной болезни применяют
 - а) холевую кислоту
 - б) хенодезоксихолевую кислоту
 - в) литохолевую кислоту
 - г) граурохолевую кислоту
 - д) дегидрохолевую кислоту

10. Хенодезоксихолевую кислоту применяют с целью
 - а) растворения холестериновых конкрементов в желчном пузыре
 - б) снижения уровня холестерина в сыворотке крови
 - в) улучшения утилизации жиров в кишечнике
 - г) улучшения утилизации углеводов в кишечнике

11. Показаниями к литотрипсии является все перечисленное, кроме
 - а) одиночных камней
 - б) камней диаметром менее 2 см
 - в) желтухи
 - г) холестериновых камней
 - д) сохранения сократительной функции желчного пузыря

Эталоны ответов к приложению № 2.

- 1. д**
- 2. д**
- 3. б**
- 4. а**
- 5. д**
- 6. г**
- 7. д**
- 8. а**
- 9. б**
- 10. а**
- 11. в**

Приложение №3.

Ситуационные задачи.

1. Больной С., 56 лет. В последние 6 лет страдает приступами болей в области правого подреберья с повышением температуры тела до 40°C , ознобами, желтухой перемежающегося характера. Последние 2 года желтуха стала появляться чаще и сопровождаться сильным кожным зудом.

При осмотре: $T-37,6^{\circ}\text{C}$. Общее состояние удовлетворительное. Питание повышенное (рост 150 см, вес 64 кг). Желтушность кожных покровов и склер. На коже – расчёсы. Органы грудной клетки без особенностей. Язык обложен у корня. Живот нормальной конфигурации, мягкий, выраженная болезненность в области желчного пузыря. Положительный синдром Ортнера. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, безболезненная.

В общем анализе крови: нейтрофильный лейкоцитоз.

Вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Какие дополнительные лабораторные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
- 3) Какие изменения предполагаете получить?

2. Больной М., 18 лет. Со слов матери страдает желтухой с раннего детства, а с 12 лет появились приступообразные боли в животе и правом подреберье, сопровождающиеся усилением желтухи. Развивается нормально.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Достаточного питания (вес 70 кг, рост 170 см). Интенсивная желтуха склер и кожных покровов. Органы грудной клетки без особенностей. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови: общий билирубин – 28 ммоль/л, реакция непрямая, уробилин в суточном количестве мочи выше нормы, реакция на желчные пигменты отрицательная, активность щелочной фосфатазы нормальная.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Характерен ли кожный зуд для данной патологии, какова окраска кожи?
3. Какие специальные тесты для уточнения типа желтухи необходимо провести?

3. Больная Е., 60 лет. В течение 3 лет периодически, особенно после жирной пищи, возникают приступообразные боли в правом подреберье, иногда с отдачей в правую лопатку, тошнотой, повторной рвотой.

При осмотре: состояние больной удовлетворительное. Повышенного питания (вес 80 кг, рост 162 см). Субиктеричность склер. Язык обложен у корня. Живот правильной формы, мягкий, выраженная болезненность в области

желчного пузыря. Слабо положительный правый френикус-симптом. Печень у края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул склонен к запорам.

В общем анализе крови: умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, билирубин –

24 ммоль/л, реакция прямая. Холестерин крови периодически повышается, диастаза крови в норме.

Общий анализ мочи: уд. вес 1018, белка нет, желчных пигментов нет. Уробилин повышен.

Больной выставлен диагноз – дискинезия желчевыводящих путей.

Вопросы:

1. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
2. Какие методы обследования вы бы применили?

Ответы к задачам:

Задача 1.

1. Обострение хронического калькулезного холецистита.
2. Билирубин и его фракции, щелочная фосфатаза крови, уробилин и желчные пигменты в моче, реакция на стеркобилин в кале.
3. Билирубин повышен, реакция прямая, щелочная фосфатаза выше нормы. В моче уробилин и желчные пигменты положительны, в кале реакция на стеркобилин положительная.

Задача 2.

1. Надпеченочная (гемолитическая) желтуха.
2. Нет, бледно-желтая с лимонным оттенком.
3. Реакция Кумбса, определение резистентности эритроцитов.

Задача 3.

1. С хроническим холециститом (бескаменным и калькулезным)
2. Дуоденальное зондирование, цитология желчи, холецистография.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Мараховский Ю.Х. Желчнокаменная болезнь: современное состояние проблемы. //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. - № 1. – С. 81 – 92.
2. Мараховский Ю.Х Профилактика и ранняя диагностика желчнокаменной болезни. //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997. - № 1. – С. 62 – 72.
3. Фром Г. Камни желчного пузыря и билиарная боль: оперировать или не оперировать?. //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1998. - № 4. – С. 82 – 85.
4. Болдин Б.В., Каралкин А.В., Фомин Д.К., «Функциональные методы исследования гепатобилиарной системы у больных желчно-каменной болезнью», «Российский медицинский журнал», 2000, №2, с.21-30.
5. Воробьев Л.П., Маев И.В., Вьючнова Е.С. «Синдром известковой желчи», «Клиническая медицина», 1995, №5, с.16-20.
6. Иванов Л.А., Барашков М.Н. «Эхографическая оценка активности воспалительного процесса у больных хроническим бескаменным холециститом при желчегонной пробе», «Терапевтический архив», 1995, №2, с.13-16.
7. Казакова Л.Г. «Современные аспекты литогенеза при желчнокаменной болезни», «Вестник новых медицинских технологий», 2001, №1, с.72-75.
8. Кочнев О.С., Халилов Х.М., Биряльцев В.Н., Минабутдинов Р.М., «Физико-химические параметры желчи в оценке течения воспалительного процесса в желчных путях», «Хирургия», 1992, №1, с.42-47.
9. Масловский Л.В., Бурдина Е.Г., Хохлова С.Ю., Шапошникова О.Ф., Минкшкин О.Н. «Профилактика желчнокаменной болезни: решенные и нерешенные вопросы», «Кремлевская медицина. Клинический вестник», 1998, №2.
10. Осадчук М.А., Гераськина Т.Б. «Хронический холецистит – некоторые аспекты литогенеза», «Терапевтический архив», 1997, №2, с. 27-29.
11. Павлов С.Е. «Исследование возможности консервативного лечения желчно-каменной болезни с использованием низкоэнергетического лазера», «Лечащий врач», 1999, №6.
12. Палатова Л.Ф, Котельникова Л.П. «Взаимосвязь патологии печени и желчных путей», «Российский гастроэнтерологический журнал», №2, 2000, с.78-83.
13. Сорокин А.С., Марков «Значение нарушений нейрогуморальной регуляции в патогенезе острого холецистита», «Клиническая хирургия», 1990, №9, с.43-47.
14. Хохлачёва Н.А., Марданова З.Н. «Желчнокаменная болезнь: некоторые вопросы патогенеза и профилактики», «Российский гастроэнтерологический журнал», №4, 1999, с.164-165.